



TRIBUNAL DE FAMÍLIA

Condado	Número da Petição
Requerente	Respondente

AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES PROTEGIDAS SOBRE FORMAÇÃO

Nome do Respondente: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço/Rua: _____ Apartamento No.: _____

Cidade/Município: _____ Estado: _____ Código Zip: _____

Eu, _____, autorizo a Clínica de Saúde Mental do Tribunal de Família
(Pai ou mãe/responsável/aluno elegível)
 de Rhode Island a obter informações confidenciais da:

Escola _____
 Endereço _____
 Telefone _____
 Fax _____
 Pessoa para contato _____

Marque as informações confidenciais a serem liberadas ou obtidas:

- Prontuário escolar completo **OU**

Especifique os registros:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avaliações escolares
<input type="checkbox"/> Comunicações telefônicas

<input type="checkbox"/> Transcrições/boletins escolares
<input type="checkbox"/> Outras (especifique) | <input type="checkbox"/> Avaliações/planos de tratamento
<input type="checkbox"/> Escolar/Plano Escolar Individualizado
Informações sobre o plano escolar
<input type="checkbox"/> Informações a respeito da minha educação
<input type="checkbox"/> Informações do § 504 |
|---|---|

Método de Liberação: Telefone/Verbal Fotocópias Fax (401) 458-3128

A finalidade destas informações é para: **Clínica de Saúde Mental do Tribunal de Família de Rhode Island Avaliação para revisão antes das consultas da família e da criança na clínica.**

ENVIAR POR CORREIO OU POR FAX TODAS AS INFORMAÇÕES PARA:

Rhode Island Family Court Mental Health Clinic
 c/o Case Manager
 One Dorrance Plaza - Room 257
 Providence, RI 02903

 Rubrica dos Pais/Guardião

Eu li cuidadosamente as informações acima e concordo voluntariamente com a revelação do histórico escolar confidencial indicado de meu filho(a) _____. Eu compreendo que os registros de meu filho(a) são protegidos de acordo com a legislação estadual e federal e não podem ser revelados sem a minha autorização por escrito a não ser que assim seja determinado pela legislação. Eu compreendo que se eu autorizar a clínica Family Court Mental Health Clinic de Rhode Island a receber as informações da escola de meu filho, a clínica não as revelará para outros. Eu compreendo também que eu posso retirar ou revogar esta autorização por escrito em qualquer data e que não serão mais liberados os registros adicionais dali por diante. Eu compreendo que os registros de meu filho são protegidos pela Lei de Direitos Educativos e Privacidade da Família (FERPA) (20 U.S.C. § 1232g) e pela Declaração de Direitos dos Registros Escolares de Rhode Island (G.L. 1956 § 16-71-1 até o § 16-71-5).

A Declaração de Direitos dos Registros Escolares de Rhode Island dá a mim e ao meu filho:

"O direito de ter os seus registros mantidos em sigilo e não serem liberados para nenhuma outra pessoa, agência ou organização sem a autorização prévia por escrito do pai ou mãe, detentor da guarda, ou do aluno elegível, exceto na medida em que a liberação dos registros esteja autorizada de acordo com as determinações do 20 U.S.C. § 1232g ou outra legislação aplicável de Rhode Island ou por processo ou procedimento judicial.

Esta liberação vencerá automaticamente 1 (um) ano após a data da sua assinatura.

Assinatura do Pai/Mãe: _____ **Data:** _____

OU

Assinatura do Guardião Legal: _____ **Data:** _____

Parentesco com o(a) aluno(a): _____

Assinatura da Testemunha: _____ **Data:** _____